

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THESE

N° 480

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Baptiste LUCCHINI

Né le 16 Septembre 1910, à Aullène (Corse).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
LA PHLÉBITE PRÉCOCE
CHEZ LES TUBERCULEUX

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1940

08A

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Baptiste LUCCHINI

Né le 16 Septembre 1910, à Aullène (Corse).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA PHLÉBITE PRÉCOCE

CHEZ LES TUBERCULEUX

Président : M. LOEPER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1940

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
Clinique médicale	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	VELTER.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	HARVIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre Duval.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Clinique de neuro-chirurgie	LAUBRY.
Assistance Médico-sociale	Clovis VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HALPHEN	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophthalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Obstétrique.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Pharmacologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE ..
BRULE
CATHALA
CHABROL
CHEVALLIER
DONZELOT
DUVOIR
GASTINEL
LAROCHÉ (G.) ..
LIAN
MOREAU
SEZARY

Clinique
médicale.

MM.
BASSET
BROcq
CADENAT
GATELLIER
de GAUDART
d'ALLAINES ..
LEVEUF
MOULONGUET ..
MOURE
QUENU
FEY

Clinique
chirurgicale.

MM.
EGALLE
METZGER
PORTES
VIGNES

Clinique
obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE et A MA MERE

*En témoignage de ma profonde
reconnaissance pour tout ce que
je leur dois et de ma filiale ten-
dresse.*

A LA MEMOIRE DE MA GRANDE SŒUR

*Qui fut pour moi une seconde
mère.*

A MA SŒUR et A MES FRERES

A MES PARENTS et A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE LOEPER

Professeur de clinique médicale à la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Hommage de ma très respec-
tueuse reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MESSIEURS LES PROFESSEURS GREGOIRE.

LOEPER.

LAUBRY.

GUILLAIN.

GOUGEROT.

LEMIERRE.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL D'ARGENTEUIL

MESSIEURS LES DOCTEURS R. MIGNOT.

DE GRISSAC.

BERTRAND.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

AUCLAIR, LUMIERE, QUERIAULT,

GROS, MONTARNAL.

A MES CAMARADES D'INTERNAT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'étude de la phlébite précoce chez les tuberculeux

INTRODUCTION

La phlébite peut s'observer à tous les stades et dans toutes les formes de la tuberculose pulmonaire.

Elle apparaît en général à une phase avancée de la maladie mais elle peut aussi être contemporaine de ses premières manifestations, parfois même en précéder les signes initiaux apparents et survenir comme un symptôme révélateur d'une tuberculose latente.

Il est maintenant classique de distinguer deux variétés de phlébites chez les tuberculeux. Les *phlébites précoces* de notion récente et relativement exceptionnelles, et les *phlébites tardives*, de connaissance ancienne et de beaucoup plus fréquentes.

Ayant eu l'occasion de suivre au cours de notre internat à l'Hopital d'Argenteuil, une jeune femme atteinte de phlébite précoce, nous nous sommes intéressés à cette question.

Nous rapporterons d'abord notre observation.

Puis à son propos, nous reprendrons l'étude de cette variété de phlébite et exposerons quelques considérations cliniques et pathogéniques.

OBSERVATIONS

Mademoiselle S... 21 ans, employée dans une administration de l'Etat, est adressée en octobre 1938 par son médecin traitant au Docteur R. Mignot, qui l'hospitalise dans son service.

Cette jeune femme, qui ne présente aucun antécédent personnel ou héréditaire digne d'être retenu dit que depuis plusieurs semaines elle se sent fatiguée, a maigri et a perdu l'appétit.

La température est dénivellée (37,2 le matin, 38 le soir).

Elle a néanmoins continué ses occupations et s'est arrêtée seulement depuis une semaine sur les conseils de son médecin. A ce moment elle a été prise d'une douleur lancinante de la partie supérieure, de la région interne de la cuisse droite avec irradiation dans l'aîne. Depuis trois jours sa jambe enfle légèrement le soir.

A l'examen, on constate que la douleur spontanée siège le long de la paroi de la partie supérieure de la veine saphène interne. On sent sur une étendue de douze à quinze centimètres environ un cordon dur, roulant sous les doigts

et manifestement en rapport avec une phlébite de la saphène interne.

En présence de cette constatation, un examen complet de la malade est pratiqué pour tâcher de rechercher la cause de cette phlébite.

En raison du fléchissement de l'état général et malgré l'absence de toux, d'expectoration et de douleur thoracique l'attention est d'abord orientée vers l'appareil respiratoire.

L'examen stéthacoustique révèle des signes nets de condensation de la région apicale droite, confirmés par une radiographie.

La recherche du bacille de Koch dans l'expectoration provoquée et dans les selles donne un résultat négatif.

La tension artérielle est de 11,61/62.

Rien à noter du côté des autres appareils.

Malgré la discrétion des signes locaux et l'absence du bacille de Koch on porte le diagnostic de phlébite précoce chez une tuberculeuse.

Cette phlébite guérit complètement sans complication et la malade quitta l'hôpital.

Après un repos de trois mois dans une station climatique, elle fut obligée par son administration de reprendre ses fonctions car la recherche du bacille de Koch s'était toujours montrée négative.

Au bout de quelques mois de travail la malade dû à nouveau l'interrompre et fut hospitalisée une seconde

fois dans le service du Docteur R. Mignot. On trouva alors des signes manifestes d'infiltration du lobe supérieur droit confirmés par la radiologie avec quelques rares bacilles dans l'expectoration du reste minime et après plusieurs examens.

Un pneumothorax thérapeutique fut institué. Le collapsus fut rapidement efficace et la malade fut placée en sanatorium. Actuellement, vingt mois après l'apparition de sa phlébite qui fut en quelque sorte un signal d'alarme, cette malade est porteuse d'une lésion pulmonaire ouverte et évolutive, qui heureusement a été rapidement enrayée par une collapsothérapie complètement efficace.

HISTORIQUE

Si les phlébites tardives des tuberculeux pulmonaires ont été étudiées et complètement décrites depuis longtemps au triple point de vue clinique, anatomique et bactériologique, les phlébites précoces sont de connaissance beaucoup plus récente. Certains auteurs tels que Mérieux de Treigny, Laveran, ont même nié leur existence.

Ce n'est qu'à la fin du siècle dernier quand les thèses classiques de de Brun (1884) et surtout de Widal (1889) et Vaquez (1891) ont mis au point la question des phlébites qu'est apparue la notion de phlébite tuberculeuse précoce.

Cependant il est juste de reconnaître que certains auteurs tels que Damaschino, Hanot, Dieulafoy y ont fait auparavant une allusion discrète. Hanot et Mathieu en 1877, dans un travail sur les phlébites de la chlorose rapportent des faits qui sont vraisemblablement des cas de phlébites précoces, au cours d'une tuberculose prenant le masque de la chlorose.

Proby dans sa thèse (1889) cite trois cas du même genre avec coexistence dans l'un, d'une pleurésie sérofibrineuse, dans l'autre de cicatrices d'adénites cervicales

abscédées dans le dernier avec signes de condensation et d'infiltration du sommet droit.

Dans sa thèse (1884) de Brun rapporte deux observations personnelles et écrit : « Il se peut que la phlégmatia soit en quelque sorte la première manifestation d'un état morbide grave dont les signes éclateront après que ceux de la coagulation veineuse auront disparu; ce qui le prouve, c'est l'existence bien avérée de Phlégmatias survenues au début de la tuberculose pulmonaire, avant que les signes locaux aient permis d'affirmer des lésions indélébiles du sommet.

Vaquez, dans son travail capital sur les phlébites signale en passant l'existence des phlébites précoces, et émet l'opinion que dans les phlébites dites chlorotiques il pourrait s'agir de tuberculose pulmonaire au début avec masque chlorotique.

Mais c'est à Hirtz que revient le mérite d'avoir en 1894 attiré nettement l'attention médicale sur les phlébites précoces des tuberculeux et d'avoir authentifié cette entité nouvelle.

La thèse de son élève Callais (1896) puis celles de : Marignot (1899) de Collard (1904) de Guenet (1911) développèrent le sujet auquel Gronot, Halbron apportèrent une contribution.

En 1923 le Professeur L. Lafforgue consacra une étude très complète à cette variété de phlébite et souligna l'intérêt qu'il y avait à la connaître.

Nous signalerons enfin le travail de R. Mignot en 1925, et les articles de Lecomte, de Ch. Laubry et de J. Walser, de A. Pic et de L. Morenas.

Grâce à tous ces travaux la phlébite précoce est actuellement bien connue et a acquis droit de cité en pathologie.

ETUDE CLINIQUE

Les phlébites précoces sont assez rares.

Lafforgue en 1923 a retrouvé dans la littérature française un chiffre qui n'atteint pas 20 observations publiées, et même dans une carrière déjà longue n'en a rencontré que deux cas.

Il est vraisemblable que, bien que rares, ces phlébites sont moins exceptionnelles qu'elles ne paraissent, mais que leur véritable nature est méconnue.

L'âge et le sexe semblent indifférents, cependant cette variété de phlégmatisia paraît une prédilection pour la période de la vie comprise entre quinze et quarante-cinq ans.

Chez les jeunes filles, elle survient de préférence au cours de la tuberculose pseudo-chlorotiques.

A l'origine de ces phlébites précoces on ne signale ni lésions variqueuses ni causes occasionnelles favorisantes.

Les maladies générales et les causes locales ne sont nulle part signalées. Elles n'affectent jamais le type de la phlébite familiale (Lafforgue).

Elles peuvent apparaître dans diverses conditions : Tantôt chez des sujets d'aspect bien portants, exempts de tous symptômes apparents de tuberculose, on leur a donné le nom de phlébites prétuberculeuses. Tantôt chez des malades présentant des signes pulmonaires extrêmement discrets, mais certains.

Parfois au cours d'une pleurésie séro-fibrineuse. Enfin certaines phlébites, autrefois décrites comme relevant de la chlorose peuvent être définitivement considérées comme des phlébites tuberculeuses précoces.

La phlébite précoce siège en général aux membres inférieurs et touche surtout les veines superficielles : la saphène en particulier. La fémorale peut être atteinte mais beaucoup plus rarement.

Habituellement unilatérale, elle frappe parfois les deux membres, soit simultanément, soit le plus souvent à dix ou vingt jours d'intervalle. Exceptionnellement elle peut revêtir le type quadriplegique.

Le début, rarement brusque est en général insidieux.

Il est marqué par des douleurs dans les jambes, d'intensité modérée, mais progressive. Il n'est pas rare de voir ces douleurs proprement dites précédées d'une phase prémonitoire de durée variant de quelques jours à deux semaines, où le sujet éprouve des engourdissements, des crampes, des tiraillements musculaires passagers au niveau du mollet ou de la cuisse.

Quoiqu'il en soit, la DOULEUR est localisée en des points

précis, sur une étendue généralement limitée, au mollet, aux creux poplités, aux faces externes et internes de la cuisse, plus rarement au niveau du triangle de Scarpa ou aux régions malléolaires, d'abord très légère, la douleur augmente progressivement d'intensité puis décroît et disparaît complètement au bout de deux semaines au maximum.

L'ŒDÈME est le second symptôme. Il apparaît deux ou trois jours parfois une semaine après la douleur. Il est peu accusé et peu envahissant. Il se montre d'abord aux chevilles, puis gagne la jambe et laisse la cuisse indemne. Il occupe rarement toute la hauteur de membre. C'est un œdème blanc et peu tendu; la pression n'y détermine pas le godet.

Si la phlébite atteint la veine fémorale; l'œdème est plus accusé et plus tenace.

Le troisième symptôme est la PRÉSENCE DU CORDON VEINEUX SUPERFICIEL. Il apparaît au voisinage de l'œdème généralement à un niveau un peu plus élevé, et perceptible à la vue et à la main et douloureux à la pression. Dans les cas, où la phlébite atteint les veines profondes, on ne le perçoit pas.

A côté de ces phénomènes locaux, les signes généraux sont habituellement modérés. La fièvre est nulle ou peu élevée, sans frisson, ni malaise général.

Il convient de signaler, en regard de ces symptômes

cardinaux, quelques caractères négatifs, qui contribuent à individualiser la phlébite précoce des tuberculeux.

Ce sont : l'absence habituelle de circulation collatérale, le degré très léger de l'impotence fonctionnelle, l'absence de troubles sensitifs cutanés, l'absence de troubles trophiques et vaso-moteurs.

Ce tableau réalise la forme typique et complexe.

Mais les symptômes peuvent parfois revêtir quelques caractères un peu particuliers.

Dans certains cas d'ailleurs rares, la douleur peut faire complètement défaut ou n'apparaître qu'à l'occasion des mouvements ou de l'exploration du membre.

Par contre exceptionnellement, elle peut affecter une intensité très vive et la propagation de l'inflammation aux veines satellites du nerf sciatique peut en augmenter l'acuité réalisant la forme névralgique de Quénu.

D'autres fois, la symptomatologie se réduit à la seule présence du cordon induré superficiel, du volume d'une ficelle, et en l'absence de tout autre signe, on pourrait suivant Gallois, le confondre avec un filet nerveux atteint de névrite : c'est la phlébite pseudonévritique d'ailleurs exceptionnelle.

Enfin dans certains cas, les phénomènes généraux sont accusés, la fièvre peut monter à 40°. Cela s'observe surtout dans les phlébites profondes chez les tuberculeux pseudo-chlorotiques.

FORMES CLINIQUES

La phlébite des tuberculeux peut revêtir des modalités un peu différentes suivant les sièges qu'elle occupe, selon le nombre des veines atteintes, selon son évolution et selon la prédominance de certains symptômes.

Ce sont ordinairement les veines superficielles qui sont prises et à peu près exclusivement les veines des membres inférieurs. Cependant les veines des membres supérieurs peuvent être intéressés. Récemment Léon Bernard, Salomon et Coste ont consacré un intéressant travail à la phlébite tardive superficielle des membres supérieurs chez les tuberculeux, rapportant trois observations, qui leur permettent de décrire un type clinique assez différent de la Phlégmatis habituelle des bacillaires cachectiques.

Cette phlébite se caractérise par une réaction locale nettement inflammatoire avec rougeur induration douloureuse à la palpation, empâtement périphlébitique. Plusieurs veines sont intéressées soit simultanément, soit successivement et les deux bras sont touchés l'un après l'autre sur un segment très limité. Aussi les troubles fonctionnels sont-ils très réduits.

Ces phlébites superficielles des membres supérieurs diffèrent de la phlébite classique par leur multiplicité et surtout par leur fugacité. Elles serapprochent en cela de la phlébite syphilitique secondaire et s'en distingue par leur réaction locale plus intense et par leur évolution plus rapide chez des malades très gravement atteints. Cette variété clinique de la phlébite tuberculeuse paraît extrêmement rare. Un cas de Trousseau, un autre de Ruge et H. Hierokles un troisième de Boinet sont les seuls faits relatés avant les observations de Léon Bernard, Salomon et Coste.

La phlébite profonde est beaucoup plus rare.

Elle existe cependant et peut frapper la poplitée, la fémorale, les veines profondes du bras, la veine illiaque et même la veine cave inférieure; réalisant le syndrome clinique de la *phlégmatis alba-dolens*.

Si la forme subaiguë est la plus communément observée, il existe cependant des formes latentes qui ne se manifestent par aucun symptôme subjectif et sont très difficiles à dépister. Certaines phlébites sont latentes pendant une grande partie de leur durée; d'autres même constituent une trouvaille d'autopsie. Ce sont ces formes qui donnent lieu, de préférence, aux embolies foudroyantes, d'ailleurs exceptionnelles, qui ont été signalées par certains observateurs (Chantemesse, Duguet).

Dans d'autres cas au contraire l'affection, au début tout au contraire au moins, revêt la forme aiguë avec

fièvre élevée à 39-40°, mauvais état général, ces symptômes violents peuvent précéder l'apparition de la phlébite d'un ou deux jours et s'amendent assez rapidement.

On peut opposer à cette forme aiguë la modalité chronique. La phlébite chronique d'emblée avec poussée subaiguë, n'est pas fréquente chez les tuberculeux. Vaquez, cependant, en a rapporté un cas probant.

La phlébite peut être unique mais aussi peut être multiple, ambulante et même suppurée.

Enfin parfois, un symptôme domine le tableau clinique. La douleur habituelle dans toute phlébite, est généralement modérée dans certains cas, elle acquiert une acuité telle que, si les phénomènes locaux sont peu marqués, elle peut donner le change avec une névralgie : *c'est la forme névralgique de Quénu*, que nous avons déjà signalée.

D'autres fois, les signes se réduisent à la seule présence d'un cordon induré superficiel, qui selon Gallois pourrait être confondu avec un filet nerveux atteint de névrite : *c'est la forme pseudonévritique*, qui est exceptionnelle.

EVOLUTION

L'évolution de la phlébite précoce est généralement bénigne. Elle est de courte durée ne dépassant guère quinze jours à trois semaines; les différents symptômes régressent rapidement. Elle ne laisse pas de reliquats et ne s'accompagne pas de complications. Elle récidive rarement.

Le retour du membre à l'état normal est, sauf exception, intégral et définitif.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des phlébites précoces est souvent délicat. Pour le poser il faut bien connaître cette variété de phlégmatisa et songer à sa possibilité.

Deux questions sont à résoudre :

1°) Y a-t-il phlébite ?

2°) Quelle en est la nature ?

I. — Dans les cas exceptionnels où les lésions sont bilatérales, on pourrait confondre l'œdème de la phlébite avec les œdèmes cardiaques, rénaux, ou hépatiques ou avec un œdème par compression. Un examen méthodique et complet, du malade permet d'éviter l'erreur.

Le problème est plus délicat quand les symptômes sont unilatéraux et atténués. On pourrait penser surtout au début à une myalgie, une névrite, une arthrite.

L'apparition de l'œdème plus ou moins accentuée, permet d'écarter la myalgie simple, ainsi que la névrite. Le siège de la douleur, la présence de l'œdème et l'absence de phénomènes inflammatoires articulaires élimineront l'arthrite.

II. — C'est une phlébite. Quelle en est la nature ?
Le problème est parfois embarrassant à résoudre.

Il est classique de décrire une phlébite chlorotique. Son existence est pourtant discutable. Vaquez fait observer que cette phlébite survient de préférence au cours des chloroses fébriles qui sont le plus souvent symptomatiques d'une tuberculose latente. La phlébite peut du reste en pareille circonstance être due à une affection intercurrente, à la grippe, à la fièvre typhoïde (Gouget).

Dans tous les cas, un examen clinique minutieux et des recherches hématologiques s'imposent.

Au cours du rhumatisme, la phlébite est exceptionnelle, car le rhumatisme qui touche rarement les veines ne frappe généralement que les veines superficielles; et plus encore autour d'elles qu'en dedans (Vaquez). Elle est contemporaine des manifestations articulaires on les suit de près, son allure est nettement inflammatoire, son évolution est rapide et bénigne.

La phlébite goutteuse est rarement associée à un premier accès; elle atteint exclusivement les veines superficielles, et souvent bilatérales et se caractérise par sa tendance à l'extension et aux rechutes.

La phlébite blennorrhagique a une symptomatologie qui rappelle davantage celle de la phlébite précoce des tuberculeux. Elle apparaît du quinzième au quarante-cinquième jour, et survient surtout quand la blennorrhagie se

complicque de localisation articulaire. Dans ce cas le diagnostic étiologique est facile.

La confusion est surtout possible avec la phlébite syphilitique. Celle-ci peut s'observer aux diverses périodes de l'infection spécifique. Celle qui coïncide avec le chancre est exceptionnelle et n'est pas à discuter. Mais la phlébite de la période secondaire, quand elle ne s'accompagne de manifestations cutanées muqueuses, peut être confondue avec la phlébite précoce des tuberculeux.

Comme celle-ci, elle débute insidieusement souvent sans réaction, frappe de préférence les veines superficielles du membre inférieur, avec une symptomatologie peu accusée. Le diagnostic sera basé sur la notion des antécédents et des signes concomitants de syphilis, sur les résultats de la réaction de Bordet-Wassermann, sur les caractères cliniques et l'évolution un peu particulière .

C'est une inflammation subaiguë tournant rapidement à la modalité froide (Fournier) se caractérisant par l'exacerbation nocturne des douleurs (bon signe mais rare) l'asymétrie assez fréquente des lésions, la tendance marquée aux localisations veineuses multiples, aux récidives et à la résolution spontanée, la terminaison en six semaines à deux mois sans complication.

Au cours de la période tertiaire, la syphilis frappe aussi les veines d'une façon assez exceptionnelle du reste. Elle la lésion veineuse peut revêtir deux formes .

différentes; soit la forme généralisée; la phlébo-sclérose syphilitique, dans laquelle il y a dilatation variqueuse d'une veine, ou de tout un réseau veineux, soit la forme circonscrite, qui en fait bien plus une gomme veineuse qu'une phlébite. Ces caractères individualisent assez nettement cette variété et évitent l'erreur avec la phlébite précoce des tuberculeux.

La fièvre typhoïde peut se compliquer de phlébite; nous ne parlerons pas de celle qui survient au cours de la maladie et surtout pendant la convalescence, mais de ces cas, où comme l'ont montré Vidal et Abrami, et plus récemment Etienne, l'infection éberthienne débute par une localisation veineuse d'emblée. La symptomatologie relativement discrète la rapproche de la phlébite des tuberculeux. Le séro-diagnostic et l'hémo-culture permettent d'éviter la confusion.

La phlébite dite primitive, décrite par Daguillon, rappelle beaucoup par sa physionomie clinique la phlébite des tuberculeux. Le début en est insidieux, elle siège au niveau du membre inférieur, se localisant aux saphènes, présente peu d'œdème et une réaction locale légère. Elle s'en distingue par son évolution par poussées successives avec rechutes et récurrence et se rapproche ainsi de la phlébite goutteuse. Pour certains auteurs elle se développe de préférence chez les arthritiques.

Enfin, il nous faut signaler la septicémie veineuse subaiguë de Vaquez.

Elle rappelle la phlébite tuberculeuse précoce par sa localisation aux veines superficielles, et ses symptômes atténués mais s'en différencie par l'existence de poussées inflammatoires à répétitions successives et disséminées survenant souvent au niveau de varices préexistantes.

P A T H O G E N I E

Les travaux de Vaquez ont éclairé d'un jour nouveau l'étiologie et la pathogénie des phlébites, en démontrant leur origine infectieuse. « La notion d'infection a-t-il écrit, fait l'unité de toutes les phlébites ».

En ce qui concerne les phlébites des tuberculeux le point intéressant à préciser est de savoir si ces phlébites sont dues au bacille de Koch, ou à des microbes associés.

Certains auteurs ayant trouvé des agents autres que le bacille de Koch ont rattaché la phlébite à des germes d'infection secondaire. Vaquez incrimine comme agent habituel des thromboses veineuses tardives des tuberculeux les microbes associés dans la lésion au bacille de Koch (streptocoque).

Sabrazes et Mongour, Haushalter et Langenhagen ont observé des faits analogues. Lafforgue a rapporté un cas de phlébites pneumococciques chez un tuberculeux, révélé par l'hémoculture. Il conclut de son étude qu'il faut distinguer dans la phlébite des tuberculeux deux groupes de faits : les uns où le bacille de Koch est le facteur de la phlébite, les autres où celle-ci est due aux germes d'infection secondaire.

Cependant les recherches anatomiques bactériologiques et expérimentales, notamment celles récentes de Halbron et Paraf ont démontré le rôle exclusif du bacille de Koch dans la production des phlébites au cours de la tuberculose pulmonaire. L'hémoculture durant la vie, la culture du caillot prélevé dans de bonnes conditions aussitôt après la mort sont constamment négatives, ce qui montre que les infections associées n'interviennent pas comme élément pathogénique; par contre l'étude bactériologique du sang et des urines (inoculation, réaction de l'antigène) montre l'existence de poussées bacillémiques. Les inoculations du caillot sont toujours positives il est possible enfin de découvrir des bacilles au milieu des bacilles lésions inflammatoires en apparence banale. (Letulle et Halbron). On sait du reste le rôle à peu près nul des infections associées dans la tuberculose.

Lafforgue fait intervenir trois conditions adjuvantes dans la genèse des phlébites précoces chez les tuberculeux :

- 1) La débilité veineuse congénitale ou traumatique.
- 2) L'état de l'organisme qui lorsqu'il est sensibilisé réagit volontiers sous forme de septicémie à une surinfection.
- 3) La qualité du bacille.

PRONOSTIC

Le pronostic immédiat des phlébites précoces est favorable. Elles ne sont pas emboligènes, elles régressent rapidement ne laissent aucune séquelle, et ne récidivent pas.

Par contre, le pronostic éloigné est beaucoup plus sérieux et doit toujours être réservé. Comme le montrent les observations de Hirtz et des auteurs qui ont étudié cette variété l'apparition d'une phlébite précoce chez un sujet suspect, doit toujours faire redouter soit une aggravation rapide de lésions souvent discrètes, soit l'éclosion parfois brutale d'une tuberculose aiguë généralisée. Dans quelques cas rares l'état pulmonaire ne se trouve pas influencé par la phlébite.

On comprend ainsi toute l'importance de ce pronostic et l'intérêt qu'il y a à préciser avec certitude la vraie nature de la phlébite grâce à une étude clinique minutieuse aidée par les divers procédés de laboratoire.

TRAITEMENT

Le traitement des phlébites des tuberculeux ne comporte aucune indication bien spéciale.

Le traitement local sera celui de toutes les phlébites, et, malgré l'extrême rareté des embolies, il sera sage d'immobiliser le membre jusqu'à disparition des phénomènes aigus.

En cas de phlébite précoce, on devra penser à la tuberculose dont elle symptomatique et instituer une thérapeutique générale appropriée, et, quand cela sera possible, la collapsothérapie, comme dans l'observation que nous rapportons.

CONCLUSIONS

I. — On distingue, classiquement deux variétés de phlébite chez les tuberculeux :

Les phlébites précoces et les phlébites tardives.

II. — Les phlébites précoces, de connaissance récente, et relativement rares, constituent une entité clinique actuellement bien individualisée et intéressante à étudier.

III. — Cliniquement, elles se caractérisent, dans leur forme habituelle, par leur début généralement insidieux, par une douleur localisée en des points précis, bientôt accompagnée d'un œdème blanc et peu tendu et de la présence d'un cordon veineux superficiel avec signes généraux modérés.

L'évolution est généralement bénigne en deux ou trois semaines, sans reliquats ni complications.

IV. — Le diagnostic, doit résoudre deux questions : l'existence de la phlébite et la nature de celle-ci.

V. — Au point de vue pathogénique, les phlébites précoces chez les tuberculeux, semblent dues d'après les recherches récentes, au seul bacille de Koch.

VI. — Leur pronostic immédiat est favorable, mais

leur pronostic éloigné doit toujours être réservé en raison de l'évolution ultérieure d'une tuberculose jusqu'alors latente ou discrète.

VII. — Le traitement de ces phlébites ne comporte aucune indication local spécial, mais doit surtout viser la tuberculose dont elles ne sont qu'une manifestation.

Vu

Le Doyen :
TIFFENEAU

Vu

Le Président de la Thèse :
LOEPER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

PHLEBITE DES TUBERCULEUX

- AMEUILLE (P.), MEYER (J.-J.) et CANETTI. — Oblitération latente de l'artère pulmonaire chez un tuberculeux atteint de phlébites multiples. (*Bull. et Mém. Sté med. des hôp. de Paris*, 45 : 441-44, 21 mars 1938.)
- FERRARI (G.) et FOSSATI (C.). — Sulle flebiti nel decorso della tubercolosi polmonare. (*Rev. Sud. Amer. de endocrinol*, 17 : 894-906, 15 décembre 1934.)
- HALBRON (P.) et PARAF (J.). — Recherches sur la pathogénie des phlébites survenues au cours de la tuberculose pulmonaire. (*Ann. de Med.*, Paris 1920, VII : 265-271.)
- HUTZ (E.). — Phlébite précoce chez les tuberculeux. (*Soc. Med. Hôp.*, 1^{er} juin 1894.)
- LAFFORGUE. — La phlébite précoce des tuberculeux pulmonaires. (*Paris méd.* 1923, XLVII 30-36.)
- LAUBRY (Ch.) et WALSER (J.). — Maladies du cœur et des vaisseaux. (G. DOIN, 1930.)
- LESNÉ (E.) et RAVAUT (P.). — Recherches expérimentales sur la phlébite des tuberculeux. (*Semaine méd. Paris* 1900, XX, page 340.)

MIGNOT (R.). — La phlébite des tuberculeux. (*Journ. de Méd. et de chir. prat.* 1925, page 885.)

PASSALACQUA (H.-A.) et (A.-N.) BRACCO. — Neumotorax espontaneo benigno recidivante bilatéral Tuberculosis y flebitis. (*Rev. de pat. infect.* I : 512-522, April 1936.)

PATINO (C.) MAYER. — Flebitis y tuberculosis pulmonar Flebitis tuberculosa. (*Semana med.* I : 1114-1128, 18 April 1935.)

PAVIA (J.-L.) et DUSSELDORP (M.). — Flebitis y hemorragias de retino en tuberculosos. (*Rev. Assoc. med argent* 46 1367-1372, Novembre 1932).

PIC (A.) et MORENAS (L.). — Tuberculose cardio-vasculaire (G. DOIN, 1930.)

PRUVOST (P.) et MARQUEZY. — Phlébite et tuberculose. (*Ann. med. prat.* 1924, page 288.)

ROUDEAU (J.). — Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie des phlébites survenant au cours de la tuberculose pulmonaire. (8^e Paris 1920.)

SAMEK (E.). — Lymphogranulomatous endophlebitis of lower verra cava with preserve of acid-fast (possibly tuberculous bacilli Lesions of veins in Sternberg's malignant granulomatosis. Case (*Minerva med.* I : 413-416, 14 april 1938.)

VAQUEZ. — Phlébite non oblitérante chez un tuberculeux cachectique évolution général des phlébites. (*Bull. Soc. Anat. de Paris.* 1892 LXVII, p. 437.)

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris xiv^e
